

CONGEDO RETRIBUITO BIENNALE

(spettante ai FIGLI di soggetti portatori di handicap grave, ai sensi del D. Lgs. n. 151/2001, art. 42, comma 5 e s.m.i)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a
a _____ il _____, matr. _____ (tel. _____), in
servizio presso il Dipartimento _____
nel settore scientifico-disciplinare _____ con la qualifica di

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

CHIEDE

di fruire del congedo retribuito biennale spettante ai FIGLI di soggetti portatori di handicap grave, ai sensi
del D. Lgs. n. 151/2001, art. 42, comma 5, così come modificato dal D. Lgs. n. 119/2011;

dal _____ al _____; dal _____ al _____
dal _____ al _____; dal _____ al _____
dal _____ al _____; dal _____ al _____;

per il genitore _____
nato/a il _____ a _____
C.F. _____

portatore di handicap grave accertato dalla Commissione ASL di _____
RIVEDIBILE in data _____ ovvero, NON RIVEDIBILE;

A tal fine,

DICHIARA:

- che il coniuge o i genitori del/della Sig/Sig.ra _____
portatore di handicap in situazione di gravità risultano:
 - aver compiuto sessantacinque anni di età;
 - essere affetti da patologie invalidanti (da allegare documentazione medica)
 - deceduti
 - mancanti
- che il genitore medesimo non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati, con le eccezioni
previste al punto 3 della circolare del 3.12.2010 n. 155 (vale a dire nell'ipotesi in cui l'assistenza è richiesta
dalla struttura sanitaria di ricovero, in tal caso, il richiedente è tenuto a presentare la documentazione
della struttura sanitaria che richiede l'assistenza);
- di essere convivente con il proprio genitore in situazione di disabilità grave;
- che altri figli conviventi del proprio genitore non hanno mai usufruito del congedo biennale retribuito
per lo stesso in condizione di disabilità grave;
- ovvero, che altri figli conviventi del proprio genitore hanno usufruito di nn. _____ giorni di congedo
biennale retribuito per lo stesso genitore in condizione di disabilità grave;
- di aver già usufruito di periodi di congedo biennale retribuito per la stessa persona in condizioni di
disabilità grave dal _____ al _____ dal _____ al _____;
dal _____ al _____ dal _____ al _____; dal _____
al _____; dal _____ al _____ dal _____ al _____;

- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno);
- si impegna, nel caso in cui il proprio genitore sia stato dichiarato "rivedibile" ed il certificato della Commissione medica sia prossimo a scadenza, a consegnare il nuovo certificato medico, a seguito di visita di controllo della commissione medica, da cui risulta il permanere dello stato di gravità dell'handicap;

Luogo e data _____

Firma

***Da sottoscrivere in presenza del dipendente addetto oppure sottoscrivere e allegare copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. In caso di documento non più valido il dipendente deve dichiarare, nella fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio. (art. 38 DPR 445/00).**

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Università degli Studi di Bari Aldo Moro al trattamento dei propri dati personali, anche con l'ausilio di strumenti informatici, per finalità strettamente connesse alla trattazione della presente domanda, conformemente all'informativa privacy pubblicata all'indirizzo <http://www.uniba.it/informativaprivacy>, a cui si rinvia.

Firma

NB Il presente modulo dovrà pervenire alla U.O. Gestione documentale di questa Amministrazione -Palazzo Ateneo- anche tramite posta certificata all'indirizzo universitabari@pec.it.

DICHIARAZIONE GENITORE DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'

(nel caso di interdizione la dichiarazione sarà resa dal tutore)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
Codice fiscale _____
Residente in _____
Via/Piazza _____ n _____ CAP _____,
consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,

DICHIARA:

- di essere genitore convivente del/della richiedente _____;
- di non essere ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3.12.2010 n. 155 (vale a dire nell'ipotesi in cui l'assistenza è richiesta dalla struttura sanitaria di ricovero, in tal caso, il richiedente è tenuto a presentare la documentazione della struttura sanitaria che richiede l'assistenza);
- di essere assistito/a con sistematicità ed adeguatezza dal/dalla figlio/a richiedente;

Luogo e Data _____

Firma

Si allega:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, Legge n. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella Legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992;
- fotocopia del codice fiscale e del documento di riconoscimento del dichiarante.

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Università degli Studi di Bari Aldo Moro al trattamento dei propri dati personali, anche con l'ausilio di strumenti informatici, per finalità strettamente connesse alla trattazione della presente domanda, conformemente all'informativa privacy pubblicata all'indirizzo <http://www.uniba.it/informativaprivacy>, a cui si rinvia.

Firma